

¿SCHWANNOMA O TUMOR DE PARTES BLANDAS? CONFUSIÓN EN DIAGNÓSTICO INICIAL



Pascual Giménez, Miguel; Duval Peralta, Lory Madelaine; López Salinas, José Tomás.
Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real

OBJETIVOS

Presentar el manejo diagnóstico-terapéutico de una paciente con un Schwannoma en el nervio colateral radial de segundo dedo de mano derecha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 57 años que acude a consultas por tumoración en mano derecha en borde radial-palmar y tercio proximal de segundo metacarpiano, de meses de evolución. Dolor severo a la palpación con sensación de hormigueo. Tumoración blanda y móvil con la flexo-extensión del dedo. El diagnóstico inicial fue posible Tumor de Células Gigantes de la vaina del tendón flexor del segundo dedo. Ecografía sugiere fibroma vs Tumor de Células Gigantes.

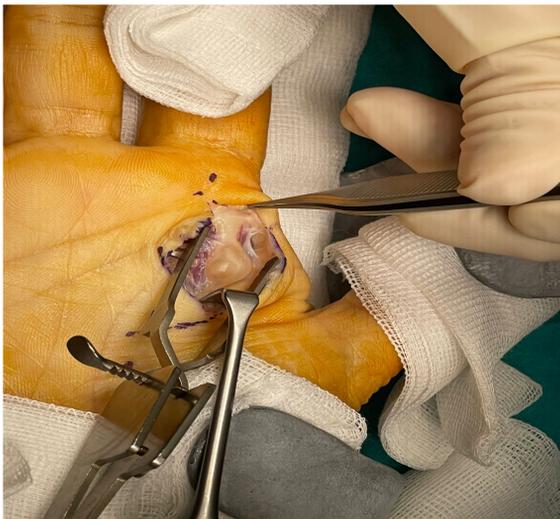


Figura 1. Se observa tumoración nodular en nervio colateral radial de segundo dedo.



Figura 2. Sutura microquirúrgica de nervio con cuatro puntos de 10/0



Figura 3. Cierre de herida.

Se realizó exploración quirúrgica, en la cual se realizó una incisión en zig-zag según técnica de Bruner y observó una tumoración elástica y nodular de 0.8x0.8x0.6cm que se origina y afecta al nervio colateral radial del segundo dedo. Tras apertura longitudinal de la misma y disección microquirúrgica, se procedió a exéresis y posterior sutura con cuatro puntos 10/0, respetando las fibras del nervio colateral.

RESULTADOS

Tras la exéresis quirúrgica, se citó a la paciente a la primera semana, a las dos semanas, al mes y a los tres meses, habiendo desaparecido la clínica sensitiva a la compresión, con un rango de movilidad completo y cicatriz en buen estado. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de un Schwannoma. La paciente fue dada de alta con una mejoría total de la clínica.

CONCLUSIONES

Los tumores derivados de las células de Schwann son los más frecuentes de los dependientes de tejido nervioso en el miembro superior. Son frecuentemente confundidos con otra estirpe tumoral y la clínica que producen está asociada a su localización y a la compresión perilesional que ocasionan. El error diagnóstico en una primera instancia no es infrecuente debido a la sintomatología inespecífica y debe ser confirmado con pruebas de imagen. El tratamiento consiste en la extirpación-biopsia del tumor, cediendo la clínica en la gran mayoría de los casos.